

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 8

DE LA

RÉSECTION DE LA HANCHE

EN CHIRURGIE DE GUERRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 Septembre 1919

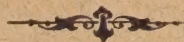
PAR

Paul LHOMME

Né à Laon (Aisne), le 2 février 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MASSABUAU, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		FORGUE, professeur,		
		RICHE, agrégé,		
		ETIENNE, agrégé,		



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

RUE FERDINAND-FABRE ET QUAI DU VERDANSON

1919

DE LA

RÉSECTION DE LA HANCHE

EN CHIRURGIE DE GUERRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 8

DE LA

RÉSECTION DE LA HANCHE

EN CHIRURGIE DE GUERRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 Septembre 1919

PAR

Paul LHOMME

Né à Laon (Aisne), le 2 février 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MASSABUAU, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		FORGUE, professeur,		
		RICHE, agrégé,		
		ETIENNE, agrégé,		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
RUE FERDINAND-FABRE ET QUAI DU VERDANSON

1919



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM MAIRET (✱).....	DOYEN.
SARDA (✱).....	ASSESSEUR
IZARD.....	SECRÉTAIRE

Professeurs

Chirurgie chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O ✱)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✱)
Physique médicale.....	IMBERT (✱)
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O ✱)
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O ✱)
Physiologie.....	HEDON (✱)
Histologie.....	VIALLETON
Pathologie interne.....	DUCAMP (✱)
Anatomie.....	GILIS (✱)
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (✱)
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (✱)
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H)
Clinique médicale.....	RAUZIER (✱)
Clinique obstétricale.....	VALLOIS
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (✱)
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (✱)
Chimie médicale.....	DERRIEN
Microbiologie.....	N...
Clinique médicale.....	

Professeurs adjoints : MM. DR ROUVILLE, MOURET, VEDEL

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✱)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM DR ROUVILLE, prof. ad.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires...	JEANBRAU (O ✱) a.l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN ✱ a.l. (c. c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrège.
Clinique annexe des maladies des vieillards...	EUZIERE, agrège.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrège.
Accouchements.....	DESMONTS. (ch. de c.)
Matière médicale.....	CABANNES, agrège.
Microbiologie.....	LISBONNE, agrège, (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON ✱ (✱) docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM CABANNES.	MM ROGER.
GRYNFELT (✱)	P. DELMAS.	ETIENNE
LEENHARDT	RUZIERE.	LISBONNE
GAUSSEL (✱ ✱).	J. DELMAS (✱).	PECH ✱ (ch. d'agr.).
RICHE.	RIMBAUD ✱.	

Examineurs de la thèse

MM. MASSABUAU, professeur, président	MM. RICHE, agrège.
FORGUE, professeur.	ETIENNE, agrège.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

MORT AU CHAMP D'HONNEUR

A MES SŒURS ET A MON BEAU-FRÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

P. LHOMME.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU

Hommage respectueux.

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX
DE REIMS ET DE NANTES

A MONSIEUR LE DOCTEUR VESLIN
CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HOPITAL D'ÉVREUX

P. LHOMME.

DE LA

RÉSECTION DE LA HANCHE

EN CHIRURGIE DE GUERRE

INTRODUCTION

On connaît la gravité particulière des blessures de la hanche en chirurgie de guerre. Elles se jugent à l'avant par une mortalité énorme. Les traumatismes qui portent sur l'articulation coxo-fémorale s'accompagnent, en effet, le plus souvent, de grosses lésions musculaires, de gros fracas osseux atteignant la diaphyse fémorale et la ceinture pelvienne. Enfin, les vaisseaux et nerfs de la région sont fréquemment atteints. Dans ces conditions, le shock traumatique est intense chez ces blessés et le déchet est considérable. Il y a cependant un certain nombre de ces blessures dans lesquelles la lésion articulaire passe au premier plan. Ce sont elles qui sont justiciables de la résection et cette intervention paraît bien, à l'heure actuelle, l'opération de choix.

Peu de documents sont à retenir des guerres antérieures, relativement à la résection de la hanche. En raison de la mortalité énorme accusée, cette intervention n'était presque jamais pratiquée. L'abstention était la règle.

Dans la guerre acuelle, il en a été autrement. Les indications opératoires se sont précisées et le nombre des résections de la hanche pratiquées a été assez considérable.

Alquier et Tanton (*L'appareillage dans les fractures de guerre*, 1 vol. Masson, 1917) donnent une série de quatorze résections de la hanche avec résultats satisfaisants dans tous les cas.

Nové-Josserand et Tuffier publient une statistique portant sur cent six résections avec trente-cinq décès et une désarticulation, soit 33 p. 100 d'échecs.

Il est bien certain qu'il convient, dans l'appréciation des statistiques, de ne comparer que les résultats analogues.

Aussi nous paraît-il commode de diviser notre travail en quatre chapitres :

- I. — Lésions anatomiques de la hanche;
 - II. — Indications opératoires;
 - III. — Technique opératoire;
 - IV. — Evolution et soins post-opératoires.
-

CHAPITRE PREMIER

LÉSIONS ANATOMIQUES DE LA HANCHE

Nous avons dit précédemment la gravité en général des plaies articulaires de la hanche. Si l'on tient compte; en effet, des lésions péri-articulaires concomitantes, grand nombre de ces lésions entraînent la mort rapide et ces plaies échappent ainsi à l'observation clinique.

Les plaies que l'on est appelé à observer appartiennent aux divers types suivants :

1° *Le séton par balle, à orifices punctiformes.* — Le trajet étant tantôt antéro-postérieur, tantôt latéral. Il s'agit alors le plus souvent de tunnels ou de sillons creusés dans l'extrémité articulaire fémorale. Ces lésions évoluent aseptiquement le plus souvent mais l'ankylose de la hanche est fréquente en raison du volume du cal formé.

Les balles tirées de près ou ricochées s'accompagnent au contraire d'éclatement articulaire. La lésion est beaucoup plus grave.

2° *L'éclatement de la hanche*, dû soit à l'effet explosif de balles tirées à courte distance, soit à la pénétration intra-articulaire d'éclats d'obus, souvent assez volumineux.

Le shock est naturellement très grand dans ces cas-là en raison des délabrements qui accompagnent la lésion articulaire. Vaisseaux et nerfs sont souvent atteints. Il y a là un terrain particulièrement favorable à l'infection qui, en l'absence d'intervention rapide, emporte les malades.

3° Les *lésions* peuvent porter sur les trochanters ou sur le col anatomique seul.

Dans le premier cas, il s'agit le plus souvent de séton par balle ou petits éclats d'obus ayant traversé le fémur d'un trochanter à l'autre. Outre la tunellisation ainsi produite, il y a le plus souvent fracture par contrecoup du col anatomique parfois complètement séparé en deux fragments, de dimensions égales, dont l'un porte encore la tête souvent intacte.

Dans le deuxième cas, il y a séparation le plus souvent complète de la tête fémorale. Suivant l'expression de Leriche, la tête est décapitée (lésion fréquente dans les plaies par éclats d'obus venant de haut en bas). Cette lésion est souvent méconnue à l'origine, elle n'en est pas moins d'un pronostic assez grave.

Leriche attire aussi l'attention sur les lésions fissuraires de la cavité cotyloïde consécutives aux fractures du bassin. Le danger est là encore dans l'infection primitive, surtout si le foyer n'est pas débarrassé d'emblée des corps étrangers. L'arthrite purulente se déclare et le pronostic en est des plus sérieux.

Il importe au plus haut point de noter les lésions concomitantes de la diaphyse fémorale, elles accompagnent très souvent en effet les lésions articulaires soit sous forme de longues fissures s'irradiant dans la diaphyse, soit de grandes esquilles, les unes libres, les autres adhérentes. Leur constatation est très importante au point de vue thérapeutique et aggrave en général le pronostic de la résec-

tion de la hanche surtout au point de vue de la fonction ultérieure du membre.

Evolution. — A part quelques sétons par balle à orifices punctiformes qui évoluent aseptiquement, la plupart des plaies de la hanche s'accompagnent de phénomènes infectieux graves : l'arthrite purulente s'installe d'emblée lorsque les lésions sont uniquement intra-articulaires. Elle peut être due à la propagation de l'infection péri-articulaire lorsque les lésions prédominantes sont au pourtour de l'article.

Dans certains cas enfin, l'infection se limite au foyer de fracture, il y a ostéite des fragments, suppuration abondante à leur niveau, mais l'articulation reste indemne.

Le diagnostic de l'arthrite purulente est à faire de façon précoce si l'on veut sauver le blessé. Il est facile dans la plupart des cas, la direction du trajet du projectile permet de prévoir la lésion articulaire. Si les symptômes généraux et l'aspect des plaies indiquent une suppuration profonde, il est parfois possible, par une pression sur l'articulation, de donner issue au pus par les orifices cutanés. Mais, quelquefois, cette lésion demande à être recherchée avec soin. On se basera alors surtout, en l'absence de signes locaux évidents, sur l'atteinte de l'état général. Il y aura de la fièvre à grandes oscillations, comme dans les grandes septicémies, le pouls sera faible, très rapide. Contrastant avec ce tableau, bien souvent la hanche du blessé est à peine douloureuse. Les divers mouvements imprimés à l'articulation sont supportés. Cependant apparaît bientôt un œdème marqué de la racine de la cuisse, les plaies prennent un aspect sanieux, parfois les phénomènes putrides sont plus marqués, des gaz se développent, le membre inférieur est très œdématié, le pronostic très grave.

CHAPITRE II

INDICATIONS OPÉRATOIRES

Lorsque la lésion articulaire de la hanche est reconnue, quelle est la conduite à tenir ?

Elle doit varier avec :

- 1° Le type anatomique des lésions ;
- 2° L'infection de la plaie articulaire.

Disons aussi que l'acte opératoire variera selon que l'on verra le blessé d'une façon précoce ou d'une façon tardive.

Dans le premier cas, il s'agit le plus souvent de sauver la vie du malade, guetté par le shock, l'hémorragie et les accidents infectieux graves des premiers jours.

Dans le second cas, il est indiqué avant tout de sauvegarder dans la mesure du possible la fonction du membre inférieur. Examinons d'abord les indications fournies par la lésion anatomique seule :

Les sétons par balle, à orifices punctiformes, dont l'évolution aseptique est la règle, commandent l'abstention opératoire. Néanmoins, le chirurgien ne devra pas se montrer inactif ; il importe, en effet, d'immobiliser le plus vite possible ces blessés. Le plâtre pelvi-pédieux dorsal d'Ollier constitue l'appareil de choix.

Le blessé est à surveiller de près. La température est

notée soigneusement. Le plus souvent cependant, il ne se fait pas d'infection. Les blessés guérissent avec une ankylose de la hanche et un raccourcissement de quelques centimètres, gênant relativement peu la marche.

D'une façon générale, toutes les autres plaies de la hanche commandent un traitement opératoire précoce : trois méthodes opératoires sont à envisager :

La désarticulation de la hanche ;

L'esquillectomie ;

La résection.

La *désarticulation* est à réserver aux gros fracas articulaires et péri-articulaires. Il s'agit alors de blessés très shockés. La mortalité opératoire est donc considérable. Quelques opérations très précoces donnent quelques succès.

L'*esquillectomie* est extrêmement discutable, elle ne peut guère donner de résultats appréciables que pour des lésions tout à fait limitées de l'extrémité supérieure du fémur comme la fracture limitée au grand ou au petit trochanter. Les lésions articulaires ne peuvent en aucune façon être justiciables de l'esquillectomie limitée ; elles sont, en général, en effet, très étendues et s'en tenir à cette opération économique, c'est forcément renoncer au bénéfice du drainage large d'une articulation aussi serrée que la coxo-fémorale. Pour la même raison, l'arthrotomie simple avec drainage est tout à fait insuffisante et n'empêche guère la production des accidents infectieux. C'est donc à la *résection* qu'il faudra avoir recours dans la plupart des cas.

La *résection primitive* de la hanche est donc la méthode de choix à employer. Elle est la méthode du traitement prophylactique la plus évidente contre l'infection.

En supprimant en effet la tête et le col fémoral, la résection met largement à plat le foyer traumatique, facilite l'excision chirurgicale du trajet du projectile, elle constitue un drainage aussi large que possible de l'articulation; elle permet aussi l'abord et le traitement des lésions possibles de l'os iliaque (cavité cotyloïde, branches ischio-pubiennes).

Mais où doit s'arrêter la résection?

Quelle en est la limite anatomique raisonnable?

Delorme écrit, dans son *Précis de chirurgie de guerre*: « On ne doit réséquer en aucun cas au-dessous de la ligne bitrochantérienne; les résultats sont déplorables ». Cette opinion paraît très exagérée. En effet, il y a lieu de compter sur la régénération osseuse possible. De gros sacrifices osseux, portant sur la diaphyse fémorale, pourront s'accompagner parfois d'une régénération très étendue, alors que des résections très limitées ne donneront aucune régénération osseuse. A ce point de vue là, la façon dont est conduit l'acte opératoire est très importante.

Indépendamment de l'âge du sujet et de son état général, la régénération sera d'autant plus grande que la résection aura été plus rigoureusement sous-périostée, nous dirons même intra-osseuse. Il importe, en effet, de conserver au-dessus de l'extrémité osseuse fémorale le périoste des parties enlevées avec adhérent à sa face profonde, un semis important de copeaux osseux qui seront l'ébauche de la régénération osseuse ultérieure. On arrive ainsi à des régénérations de colonnes osseuses parfois énormes (jusqu'à 20 et 21 centimètres dans des observations d'Alquier). Dans les résections primitives, le périoste non enflammé est peu épais et souvent difficile à isoler. Il faudra donc que la résection soit le plus possible intra-osseuse, taillant de larges copeaux au niveau des extrémités enlevées, à la rugine

appropriée. Il faudra tenir grand compte des lésions juxta-articulaires et, en particulier, des lésions musculaires, c'est alors qu'il faudra se montrer économe dans la résection, surtout dans les fractures diaphyso-épiphysaires.

C'est à propos de ce type de fractures que Alquier et Tanton (*L'appareillage dans les fractures de guerre*, 1 vol., Masson, 1917), disent :

« Dès que la lésion dépasse la base du col fémoral et que, par suite, la résection doit porter sur le massif trochantérien, *a fortiori* sur la diaphyse fémorale, il y a intérêt en vue de la réparation fonctionnelle, à pratiquer une résection secondaire retardée, de façon à obtenir la régénération au moins partielle, de la portion sacrifiée du levier osseux ».

C'est là peut-être cependant une formule trop exclusive. On peut à l'avant faire la résection primitive pour les fractures diaphyso-épiphysaires mais à condition d'employer la technique indiquée plus haut. On aura ainsi le double avantage de faire une intervention première vraiment prophylactique et de pouvoir compter sur une régénération osseuse importante.

Il nous reste à envisager maintenant les indications que donne l'infection articulaire de la hanche.

Si l'intervention est précoce et se fait avant la pullulation microbienne (c'est-à-dire en moyenne dans les dix ou douze premières heures qui suivent la blessure), l'évolution sera le plus souvent très favorable, pratiquement aseptique à tel point que la réunion par première intention puisse être obtenue. Il y a cependant intérêt pour une hanche réséquée à ne pas suturer complètement. Le drainage par drain ou mèche semble jouer un rôle excitant pour l'ostéogénèse (Ollier, Leriche).

Si le blessé est vu tardivement, plusieurs éventualités peuvent se présenter :

Si le blessé, non opéré, va bien, ce qui est un cas tout à fait exceptionnel, il ne faut pas se hâter d'intervenir. Immobiliser d'abord rigoureusement, c'est la première indication. Si aucune complication ne se produit, on pourra ultérieurement enlever le projectile ou s'il n'y a pas de projectile, les quelques corps étrangers encore inclus dans le foyer de fracture. Tardivement, la résection de la hanche reste encore souvent indiquée dans ces cas-là, à moins qu'une ankylose correcte n'ait été obtenue par le traitement conservateur, ce qui est rare.

Si le blessé arrive en pleine infection (avec arthrite purulente et fusées à la cuisse), l'indication la plus pressante est d'exécuter la résection de la hanche, sans tenir compte du trajet du projectile. Il conviendra d'exécuter la résection par les voies classiques ainsi que nous l'indiquerons ultérieurement. Rappelons que, dans ces cas, l'arthrotomie simple serait notoirement insuffisante. La résection s'impose encore dans ces cas lorsque les lésions diaphyso-épiphyssaires sont étendues. A la condition d'être totale et rigoureusement intra-osseuse, la résection donne d'excellents résultats immédiats et de bons résultats fonctionnels ultérieurement.

Enfin, si l'on est appelé à voir tardivement un blessé ankylosé de la hanche, avec fistule persistante, il conviendra de supprimer dans la mesure du possible la cause qui entretient la fistule (corps étranger, esquille libre, point d'ostéite fémorale).

Dans quelques cas spéciaux d'ankylose avec attitude vicieuse, la lésion est justiciable d'une ostéotomie ultérieure plutôt que de la résection.

Dans tous les cas, en effet, où les blessés sont vus tardivement, se pose plus impérieuse la question de la restauration fonctionnelle.

En principe, les résections tardives donnent de meilleurs résultats, car il est plus facile dans ces cas de pratiquer une esquillectomie intra-osseuse complète. Cependant, il est possible d'obtenir d'excellents résultats des résections primitives, à condition de suivre une technique très exacte ainsi que l'a bien montré Leriche.

Que deviennent d'ailleurs les hanches ainsi traitées de façon précoce ou retardée par la résection?

Si la résection n'est pas trop étendue (portant par exemple sur la tête fémorale et le col anatomique), on peut espérer obtenir une néarthrose mobile douée de mouvements étendus.

Si la résection est très étendue, et il en sera ainsi dans tous les cas où le trait de scie passe au-dessous du grand trochanter, il vaut mieux compter sur l'ankylose qu'espérer une mobilité articulaire toujours limitée. Les blessés marcheront ainsi beaucoup mieux et avec une boiterie moins accusée.

Une chose est curieuse et a été bien indiquée par Alquier et Tanton. Si la résection s'est bornée au col fémoral au maximum, il se refait une articulation: la capsule articulaire ancienne se régénère, augmente considérablement d'épaisseur. Le col anatomique ne se régénère pour ainsi dire jamais, il est remplacé par un col fibreux. En raison de l'absence de parties osseuses à la place du col et de la tête fémorale, la nouvelle articulation devient, suivant le terme d'Alquier, une articulation par suspension; le pourtour de la cavité cotyloïde semble, en effet, pendant la marche ou la station debout, appendu à l'extrémité fémorale supérieure par le ligaments fibreux néoformés.

Les résultats fonctionnels sont en général satisfaisants.

CHAPITRE III

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Les indications opératoires générales sont les suivantes : elles visent à ménager le plus possible la capsule articulaire avec ses divers ligaments et les muscles péri-articulaires. Pour ces derniers, il est bien évident cependant qu'il faut en exciser les parties contuses, mais sans le faire trop largement ; il y a un juste milieu. La conservation du surtout fibro-musculaire a en effet une importance énorme pour la fonction ultérieure de la hanche ainsi qu'Ollier a eu le mérite de le montrer.

Il faudra donc, dans la résection, se montrer aussi classique que possible et préférer les voies d'accès qui sacrifient le minimum de fibres musculaires ; à ce point de vue, la voie antérieure sera à préférer car elle conduit directement sur la capsule articulaire sans aucun sacrifice.

Cependant, lorsque l'orifice d'entrée ou de sortie du projectile, situé en pleine région fessière, sera très volumineux, on aura toujours intérêt à intervenir par voie postérieure. La même incision servant à l'excision chirurgicale de la plaie, à la pratique de la résection et enfin au drainage post-opératoire. A condition que la destruction musculaire ne soit pas trop étendue, les résultats en seront

encore bons. Les procédés sont d'ailleurs nombreux. Voici les principales incisions employées :

1° *Incision de Hueter*. — Passe entre le droit antérieur et le couturier en dedans, le tenseur du fascia lata en dehors. Cette incision donne peu de jour et mène sur la partie externe du col anatomique. Elle ne paraît pas recommandable.

2° *Incision de Lambotte*. — Incision coudée qui part de l'épine iliaque antéro-supérieure, se porte jusqu'au niveau de la partie la plus antérieure du bord supérieur du grand trochanter, se coude à ce niveau pour se porter obliquement en bas et en avant sur la face antéro-externe de la cuisse.

3° *Incision d'Ollier*. — L'incision en tabatière d'Ollier comporte une incision curviligne des téguments dont la convexité est externe et dont la terminaison inférieure correspond à la base du grand trochanter.

Le trochanter découvert est sectionné par un trait de scie oblique et rabattu avec tous les muscles s'insérant à son niveau. Ainsi se trouve largement découverte l'articulation. Il devient dès lors facile d'intervenir sur le col fémoral et de pratiquer la résection.

Cette méthode donne un jour énorme et est d'une exécution facile; elle est très recommandable. Nous pensons cependant qu'en chirurgie de guerre, elle ne peut guère s'adresser qu'à des lésions très limitées de la tête et du col fémoraux car elle suppose l'intégrité du grand trochanter, et même, dans ce cas, la nécessité de recourir ultérieurement à l'ostéosynthèse du grand trochanter est un écueil en raison des échecs de ces fixations métalliques en milieux infectés.

4° *Incision de Bérard*. — Elle constitue l'incision de choix dans la plupart des cas.

La technique est la suivante: l'incision antérieure est menée suivant l'axe de la tête et du col, en partant de l'épine iliaque antéro-inférieure pour aboutir un peu au-delà du sommet du grand trochanter. On voit l'interstice qui sépare le tenseur du fascia lata et le petit fessier du bord externe du couturier situé en dedans. On écarte les lèvres de l'interstice et on tombe sur la capsule articulaire qu'il ne reste plus qu'à inciser; on extrait alors très facilement les parties fracturées par voie antérieure, on draine par voie postérieure au niveau du bord inférieur du grand fessier. Il peut être indiqué de drainer par contre ouverture interne dans le pli génito-crural, selon la méthode d'Ollier.

Dans les lésions diaphyso-épiphysaires étendues, la voie d'accès est commandée d'une façon beaucoup plus impérieuse par la situation des orifices d'entrée ou de sortie du projectile, il faut, en effet, ici se donner du jour sur l'extrémité supérieure de la diaphyse fémorale. C'est souvent à la voie postérieure qu'on aura recours. L'incision au niveau de la région trochantérienne sera aussi souvent indiquée.

Alquier et Tanton préconisent une incision de 12 centimètres environ commençant sur la fesse à 6 ou 7 centimètres au-dessus du bord supérieur du grand trochanter, parcourant la face externe du massif pour se terminer à 6 centimètres au-dessous de son sommet. On arrive au travers des fibres du grand fessier ou de son tendon très facilement sur le grand trochanter que l'on rugine soigneusement de près, on ouvre largement la capsule articulaire. Il ne reste plus qu'à enlever toutes les esquilles libres intra-articulaires en ayant grand soin de libérer soigneusement de leurs adhérences toute la partie supérieure de la

diaphyse à sacrifier et en particulier les esquilles adhérentes ou non seront soigneusement ruginées; il importe, en effet, de conserver non seulement le périoste lui-même, mais encore une couche osseuse assez épaisse adhérente à lui et qui seule est une garantie d'ostéogénèse ultérieure importante.

Les divers auteurs ont employé les voies suivantes:

Leriche, de préférence, l'incision antérieure de Bérard.

Alquier et Tanton (*L'appareillage des fractures de guerre*):

Pour six cas de résections transcervicales:

Une incision antérieure se rapprochant de celle de Bérard.

Pour huit cas de résections trans et sous-trochantériennes:

Une fois l'incision en tabatière d'Ollier;

Cinq fois une incision coudée externe et postérieure;

Deux fois une incision purement externe, se rapprochant de l'incision d'Ollier et Ch. Witte.

Nous publierons plus loin trois observations inédites de résections primitives de la hanche. On utilisa dans ces cas:

Deux fois l'incision postéro-externe;

Une fois l'incision de Bérard.

Il importe donc de réserver à chaque cas l'incision convenant le mieux, c'est-à-dire permettant l'exécution la plus exacte de la résection avec le minimum de délabrement.

CHAPITRE IV

SOINS POST-OPÉRATOIRES

En matière de chirurgie osseuse et particulièrement de résections, les soins post-opératoires sont aussi importants que l'intervention elle-même.

A ce point de vue le traitement orthopédique mérite d'être conduit méthodiquement.

Le traitement immédiat comporte l'immobilisation rigoureuse en bonne position. L'immobilisation permet en effet de maintenir les os en présence et dans un rapport invariable pendant toute la durée du travail de régénération aussi bien du surtout fibro-ligamenteux que des extrémités osseuses. L'appareil généralement adopté pour l'immobilisation de la hanche est un grand plâtre analogue à celui fait généralement pour la coxalgie.

Leriche préfère employer le plâtre pelvi-pédieux dorsal d'Ollier. Il immobilise, en effet, parfaitement l'articulation, aussi paradoxal que cela puisse paraître à première vue et il facilite grandement les pansements ultérieurs. Lorsque l'élévation de la température indique un peu d'infection, il est bon d'établir l'extension continue; la demi-gouttière d'Ollier est ensuite appliquée dès que celle-ci est installée; c'est encore un des avantages de ce plâtre de permettre l'extension continue.

Alquier et Tanton emploient de préférence un plâtre du type coxalgie mais avec quelques modifications. Leur principe est au début du moins d'écarter au maximum les surfaces osseuses après la résection de façon à drainer largement et à conserver au membre sa longueur maxima pendant toute la durée du travail de régénération. Pour arriver à ce but, ils arrêtent le corset plâtré à la racine de la cuisse.

La partie jambière remonte jusqu'à quelques travers de doigts au-dessous de la limite inférieure de l'incision externe.

Deux attelles métalliques, coudées et extensibles réunissent la partie jambière au corset. On peut placer une troisième attelle postérieure qui consolide l'appareil. Alquier complète souvent l'appareil en immobilisant la hanche saine à l'aide d'un plâtre descendant jusqu'au genou. Suivant les conseils d'Ollier, il est bon de placer le membre en abduction légère et en rotation externe.

La durée de l'immobilisation varie naturellement avec les cas et dépend de la façon dont se fait le travail de régénération.

Dans les résections limitées à la tête et au col fémoraux, la durée d'immobilisation nécessaire est d'environ deux mois et demi. Elle est naturellement beaucoup plus longue pour les larges résections diaphyso-épiphysaires puisqu'on a encore à compter sur une régénération étendue. C'est surtout dans ces cas que, malgré une traction importante, se produit une luxation iliaque de l'extrémité fémorale. Parfois cependant, on voit se former, partant de l'os iliaque, de véritables barrières osseuses (mur osseux d'Alquier), qui arrêtent l'ascension de l'extrémité fémorale, luttent contre la tendance à la luxation et permettent la marche.

Il y a maintenant à envisager un traitement orthopé-

dique tardif. Que deviennent en effet à la longue les réséqués de la hanche? Il est bon de les faire lever d'assez bonne heure en les munissant d'un appareil prothétique, tels que ceux constitués par une partie en celluloïd moulée sur la hanche et le bassin et auxquels on adapte un étrier métallique à la Reclus. Après quelques semaines de marche avec un appareil semblable, il est possible de faire marcher le blessé sur son pied du côté malade; une chaussure à semelle élevée corrige le raccourcissement. Il y a intérêt à laisser pendant longtemps les malades porter leur corset; on lutte ainsi plus facilement contre les déviations ultérieures du membre toujours possibles. Grâce à la minutie des soins post-opératoires et si l'on suit de près le malade, même après sa guérison, on pourra constater les résultats heureux que donne toute résection bien faite. Il est possible de juger ainsi du résultat obtenu de huit à dix mois après la blessure. Ollier disait qu'il fallait attendre trois ans au moins pour juger d'une résection de la hanche, il est vrai qu'il parlait surtout de tuberculeux osseux et le pronostic en était d'autant plus précaire, même en ce qui concerne la fonction.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Inédite)

Due à l'obligeance du D. H. Vinon, interne des Hôpitaux de Montpellier

B. J..., caporal, 67^e R. I. T., âgé de 43 ans, entre à l'ambulance 1-1, le 12 août 1918.

Sa fiche de diagnostic porte : plaie pénétrante de la fesse par éclat de bombe d'avion.

Le blessé est opéré deux heures après la blessure. Nous intervenons par voie postérieure, en suivant le trajet de l'éclat méthodiquement, nous tombons sur l'articulation de la hanche. L'éclat de bombe, du volume d'une noix, est inclus dans un foyer de fracture comminutive du col fémoral. La tête est complètement séparée du col. Le grand trochanter est intact. Le petit trochanter est intéressé par un trait de fracture qui n'en interrompt pas la continuité. En raison des lésions, nous pratiquons une résection de la hanche portant sur le col et la tête ; tout le massif trochantérien est conservé. L'intervention est complétée par l'épluchage de la plaie, extraction de tous les corps étrangers. Nous désinfectons la plaie à l'éther et teinture d'iode

et la pansons à plat. La hanche est provisoirement immobilisée avec des attelles de store.

L'évolution post-opératoire est des plus simples. Apyrexie complète.

Au deuxième jour, nous immobilisons le blessé dans un grand plâtre pelvi-pédieux dorsal d'Ollier. Le blessé est pansé tous les quatre jours. La plaie postérieure a un excellent aspect, aucune suppuration à son niveau, elle se comble peu à peu de façon très satisfaisante.

Le blessé est évacué au quinzième jour en excellent état.

Nous avons eu depuis d'excellentes nouvelles de ce blessé qui a pu conserver une néarthrose assez mobile et qui marche correctement avec une semelle compensatrice.

Il s'agit donc d'un très bon résultat pour résection primitive sous-capitale de la hanche, faite de façon très précoce (deux heures après la blessure) et ayant évolué aseptiquement.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance du Dr Vinon)

P. G..., soldat au 110^e R. I., 3^e compagnie, entre pour plaie pénétrante de la fesse par éclats d'obus et plaies diverses multiples sans gravité.

Le blessé arrive à notre ambulance à Attichy (Aisne), extrêmement shocké; pouls filant. Traitement habituel du shock; on intervient aussi vite que possible.

A la huitième heure, sous éther goutte à goutte, débridement rapide de la plaie pénétrante de la fesse. On tombe très vite sur un gros fracas diaphyso-épiphysaire du fémur. Il y a un véritablement éclatement de la tête, du col anatomo-

mique et du massif trochantérien; les deux trochanters sont en effet complètement séparés l'un de l'autre présentant de nombreuses esquilles. L'extrémité supérieure du fémur présente aussi plusieurs esquilles libres. On fait une esquillectomie intra-osseuse à leur niveau; excision chirurgicale des tissus contus. Plaie laissée largement à plat.

Evolution post-opératoire assez simple. Le blessé se relève difficilement du shock traumatique. Sérum intraveineux et huile camphrée à haute dose. Dès le troisième jour, amélioration considérable de l'état général. Evolution fébrile pendant quelques jours. Apyrexie au sixième jour de la blessure.

Localement, évolution très simple, pas de suppuration. Le blessé est immobilisé dans un plâtre pelvi-pédieux d'Ollier, avec lequel on applique l'extension continue.

Le blessé est évacué en excellent état au vingtième jour.

Nous avons eu depuis de très bonnes nouvelles du malade et avons même eu la bonne fortune de le revoir six mois après sa blessure, rendu à la vie civile, marchant avec une hanche ankylosée en bonne position. La boiterie était à peine accusée. On voit donc que, malgré l'étendue de la résection primitive, le résultat fonctionnel a été très bon.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance du Dr Vinon)

G. M..., du 41° B. C. P., entre à l'amubance 1-1 (en Belgique); le 29 octobre 1918 pour: plaie borgne de la fesse gauche par balle.

Le blessé arrive dans un état de shock extrême; pas de pouls radial; facies caractéristique. Immédiatement: ré-

chauffage, sérum: 1 litre intraveineux; huile camphrée; toute intervention est jugée impossible en raison de l'état général.

Le lendemain, l'état général est bien remonté, on se décide à intervenir.

L'orifice d'entrée du projectile est dans la région iliaque et en dehors. Nous intervenons par voie antérieure en intéressant l'orifice d'entrée de la balle. Nous tombons sur de très grosses lésions de la tête fémorale et de la cavité cotyloïde. Nous pratiquons immédiatement une résection sous-capitale de la hanche.

Excision chirurgicale des parties contuses. La balle, sentie sous-cutanée, au niveau du pli fessier, est extraite par contre-ouverture. Drainage à ce niveau. Evolution post-opératoire apyrétique. Pas de suppuration.

Evacué immobilisé avec un plâtre pelvi-pédieux d'Ollier. Nous avons eu, pendant un mois, d'excellentes nouvelles de ce blessé; il était à ce moment-là en très bonne voie et tout nous permet de penser que le résultat fonctionnel a dû être très bon en raison de la résection économique pratiquée sur lui.

BIBLIOGRAPHIE

- ALQUIER et TANTON. — La résection de la hanche pour blessures de guerre. *Journal de chirurgie*, t. XIV, n° 2, 1917.
- L'appareillage dans les fractures de guerre. 1 vol., Masson, 1917.
- Résection traumatique de la hanche. Comptes rendus, Société de chirurgie, 6 décembre 1916.
- BÉRARD. — Résections de la hanche pour traumatismes de guerre. Société de chirurgie, 14 juin 1917.
- Une technique de la résection de la hanche dans les arthrites suppurées. Société de chirurgie, 6 octobre 1915.
- Technique pour la résection de la hanche. *Lyon chirurgical*, octobre 1915.
- BONNET. — Note sur cinq observations de traumatismes articulaires de la hanche par coup de feu. *Lyon chirurgical*, septembre 1916.
- BRYAN. — Fractures compliquées de la hanche. Traitement par le lit hamac. In *The Lancet*, t. CXC, janvier 1916.
- CHAPUT. — Trois cas de désarticulation de la hanche. Soc. de chirurgie, 15 décembre 1914.

CHUTRO. — Résection de la hanche: *Presse médicale*, juillet 1918.

DESPLAS. — Lésions complexes de la hanche. Résection. Guérison. Société de chirurgie, 6 décembre 1916.

FARABEUF. — *Traité de médecine opératoire*.

LABEY. — *Chirurgie du membre inférieur*, 1 vol., Masson, 1904.

LE MESNIER et PAGE. — Traitement préventif des fractures de cuisse. *The British journal of surgery*, juillet 1917.

LE FUR. — Enorme plaie de la hanche avec broiement complet de l'extrémité supérieure du fémur; guérison avec bon résultat fonctionnel. Comptes rendus Société des chirurgiens de Paris, 20 octobre 1916.

— Arthrite purulente grave de la hanche; arthrotomie; absence d'ankylose. Société des chirurgiens de Paris, 16 juin 1916.

LERICHÉ. — Résection de la hanche. Comptes rendus Soc. de chirurgie, 6 octobre 1915.

— De l'importance de la régénération du col fémoral dans les résections étendues de la hanche et sur un procédé opératoire permettant de l'obtenir à la période primitive. C. R. Société de chirurgie, 22 mai 1918.

— Traitement des fractures articulaires. Collection *Horizon*, 1 vol., 1917.

MARTIN WALTON. — Résection de la hanche pour tuberculose. Société de chirurgie, New-York, 22 octobre 1913.

NOVÉ-JOSSERAND, TUFFIER. — Sur les résultats fonctionnels des résections en chirurgie de guerre. *Archives de médecine militaire*, août 1916.

PHOCAS. — Résection de la hanche. C. R. Soc. de chirurgie,
14 novembre 1916.

SAVARIAUD. — Désarticulation de la hanche; hémostase
préventive. Soc. de chir., 25 juin 1915.

TAVERNIER. — Arthroplastie de la hanche. *Revue d'or-
thopédie*, 26^e année, 3^e série, 1918.

WALTHER. — Résultat d'une résection secondaire de la tête
du fémur broyée par voie antérieure. C. R. Soc.
de chirurgie, 5 juillet 1916.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 10 septembre 1919
Pour le Recteur,
Le Doyen délégué,
MAIRET.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 10 Septembre 1919
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
